

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontologie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Pathologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Educational :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Maladie :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Pour COMPLÉMENT
Déclaration de Maladie

N° P19- 0046336

ND: 35441

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMMOU Abdelouahed

Date de naissance : 21.04.1951

Adresse : 5, RUE DE L'HERAULT BOLO

CASABLANCA

Tél. : 0661 238470 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BERAMINE KHADIJA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 30/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : HAMMOU

Pour COMPLÉMENT

Tel : 0661238470

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticien eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments acetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الاضطرابات الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حتى التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التعااضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BELAMINE KHADIZA الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : 2971143 رقم الإنخراط :
N° Immatriculation : 91312801742 رقم التسجيل : B 428 419
N° CIN : 19081957 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن
Adresse : 5, RUE DE L'HERAULT POLO CASTELAN A العنوان :
Montant des frais : 24,000 درهم Dhs مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 1 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : BELAMINE KHADIZA الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 19081957 تاريخ الإزدياد :
N° CIN : B 428 419 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : M ذكر ☐ أنثى ☒

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 10917029809 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : 10917029809 نوع العلاجات

Maladie* ☐ مرض* Pli confidentiel remis* ☐ Oui ☐ Non تم تقديم الظرف المغلق* :

Maternité* ☐ أمومة* Date de grossesse : تاريخ الحمل :

Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :

Hospitalisation* ☐ استشفاء* Date d'hospitalisation : تاريخ الإستشفاء :

Accident* ☐ حادث* Date d'accident : تاريخ الحادث :

Causes : أسباب الحادث :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحح كل ما ذكر أعلاه.

Fait à : حرر بـ : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

le 11/06/2020 في : Tq. Fait à : Tq.

Signature de l'assuré(e) توقيع المؤمن له (لها) le 11/06/2020 Tq.

Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins توقيع وطابع الطبيب المعالج أو من المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth)
  Ma Smart app
  Remboursements
  Prises en charge
  Immatriculation
 Menu ▼



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	27/07/2020	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
62251992	01/07/2020	Payé en : 26 jours		BELAMINE KHADIJA	624,00	324,87	74,26	399,13
1	-	31/03/2020	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
1	-	23/12/2019	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
1	-	07/10/2019	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
1	-	29/07/2019	Virement	-	774,00	444,87	79,26	524,13
1	-	21/06/2019	Virement	-	5 248,30	2 007,60	95,88	2 103,48
1	-	10/06/2019	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

★★★★★



Espace interactif

Docteur CHAHID Hafsa
CARDIOLOGUE

Spécialiste Maladies du Cœur
et des Vaisseaux

245, Bd. Reda Guedira (ex.Nil) - Cité Djemaâ
Ben M'sik Sidi Othmane

Casablanca - Tél.: 05 22 37 10 96



الدكتورة شهيد حفصة

إختصاصية

في أمراض القلب والشرابين

245. شارع رضا أكديرة (النيل سابقا) قرية الجماعة

عمالة ابن مسيك سيدي عثمان

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 10 96

Casablanca Le 11/6/2020 الدار البيضاء

BELAMINE KHADIJA

COVERAN 5/1

208,00
x3

624,00

PHARMACIE NADOR
L. AILLOU Abdelali
3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pole
Casablanca. Tél: 0522 29 89 76

DR. CHAHID HAFSA
CARDIOLOGUE
Spécialiste Maladies du Cœur
et des Vaisseaux
245, Bd. Reda Guedira (ex.Nil)
Cité Djemaâ Ben M'sik Sidi Othmane
Casablanca - Tél.: 05 22 37 10 96



MME KHADIJA BELAMINE
NO 5 RUE DE L'HERAULT
POLO
CASA ANFA
20550 CASABLANCA EL FIDA

000062251992

Accusé de Réception

N° Réception : 62251992
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BELAMINE KHADIJA
Immatriculation : 93805742 / 090284191
Nom et Prénom Bénéficiaire : BELAMINE KHADIJA
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 1/07/2020 - 9:27
Lieu de réception : CASA SIEGE 90142
Valeur du dossier : 624,00
Nombre de pièces : 1
Code Agent : 9MGE247

Code Etablissement :
Etablissement :